Kołobrzeg, dnia dd/ mm / rrrr

**WNIOSEK NR ….........**/ rrrr/A, R, PZP, P

*o wydanie* ***kserokopii*** */* ***wgląddo****\* dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach (archiwalnych) SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Kołobrzegu dotyczącej:*

* Mojej osoby
* Osoby, której jestem prawnym opiekunem
* Posiadam upoważnienie
1. **DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

Imię …..................................................................... Nazwisko.......................................................................................................

Adres zamieszkania: ......................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nr telefonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (nie obowiązkowo) |

**Dokumentacja medyczna z oddziału:**....................................................................................................................................................................

**Zakres kopiowanej dokumentacji** (zakres od – do, data hospitalizacji, data wizyty …..............................................................................................................................................................................................................................

Inne szczegóły .......................................................................................................................................................................................................…..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **DANE WNIOSKODAWCY** *(wypełnia się, jeśli składający wniosek nie jest pacjentem)*

*(w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)*

Imię …..................................................................... Nazwisko ….......................................................................

Adres zamieszkania: .....................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nr telefonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (nie obowiązkowo) |

**Sposób odbioru dokumentacji**

□ Odbiór osobisty

□ Przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres pacjenta lub wnioskodawcy

*□ Odbiór przez osobę upoważnioną*

1. Za udostępnianie dokumentacji do wglądu:
	1. Lekarz prowadzący lub inny wyznaczony,
	2. Pracownik odpowiedzialny za archiwum
2. Za wyliczenie opłaty za udostępnienie dokumentacji i wystawienie faktury:
	1. pracownicy działu księgowości
3. Za prawidłowe postępowanie:
	1. każdy pracownik, którego dotyczy powyższa procedura.

### Załącznik nr 1 do procedury

Kołobrzeg, dnia dd/ mm / rrrr

**WNIOSEK NR ….........**/ rrrr/A, R, PZP, P

*o wydanie* ***kserokopii*** */* ***wgląddo****\* dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach (archiwalnych) SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Kołobrzegu dotyczącej:*

* Mojej osoby
* Osoby, której jestem prawnym opiekunem
* Posiadam upoważnienie
1. **DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

Imię …..................................................................... Nazwisko............................................................................

Adres zamieszkania: .....................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nr telefonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (nie obowiązkowo) |

**Dokumentacja medyczna z oddziału:**............................................................................................................................................

**Zakres kopiowanej dokumentacji** (zakres od – do, data hospitalizacji, data wizyty)

 .....................................................................................................................................................................................................

Inne szczegóły ........................................................................................................................................................................................................…..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **DANE WNIOSKODAWCY** *(wypełnia się, jeśli składający wniosek nie jest pacjentem)*

*(w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)*

Imię …..................................................................... Nazwisko ….......................................................................

Adres zamieszkania: .....................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nr telefonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (nie obowiązkowo) |

**Sposób odbioru dokumentacji**

□ Odbiór osobisty

□ Przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres pacjenta lub wnioskodawcy

□ Odbiór przez osobę upoważnioną

□ inny (w izbie przyjęć) data:……………………. godz. ………………………………..

*Wnioskuję o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Kołobrzegu.*

 …........................................................................... …...........................................................................

 Czytelny podpis osoby Czytelny podpis osoby

 przyjmującej wniosek składającej wniosek

**Potwierdzenie udostępnienia**

1. Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

….............................................................. Seria …........ Nr …...............................

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

1. Ilość stron …..........................................
2. Wniesiono opłatę (gotówką/za pobraniem/nie podlega opłacie) w wysokości

 …........... PLN

1. Data odbioru dokumentacji ……………….

 …........................................................................... …...........................................................................

 Czytelny podpis osoby Czytelny podpis osoby

 wydającej dokumentację medyczną odbierającej dokumentację medyczną

***INNE ADNOTACJE:***